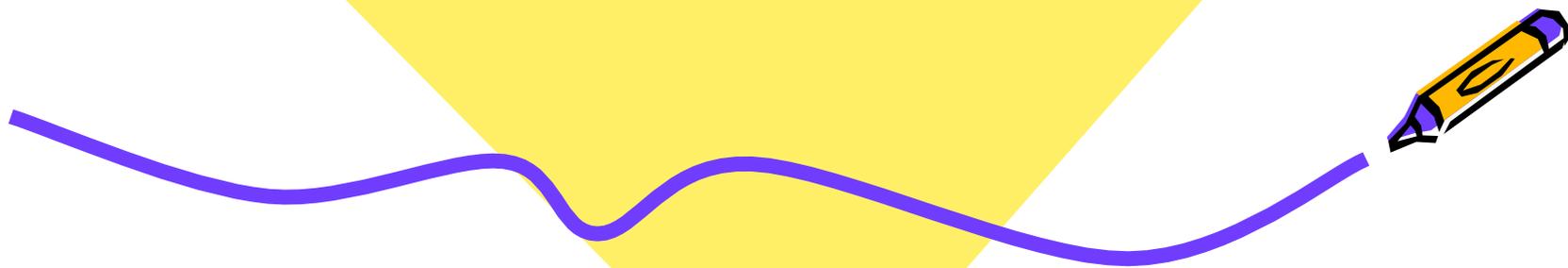
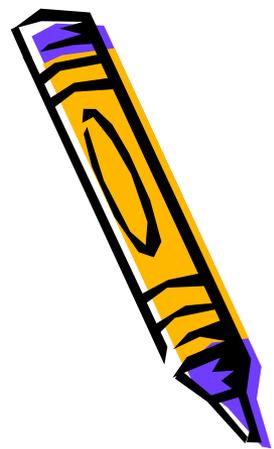


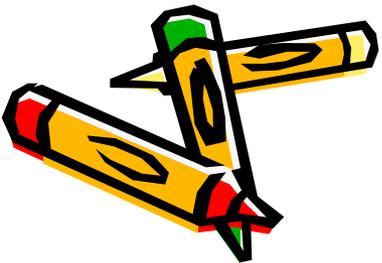
护理管理制度 (部分)



课程介绍

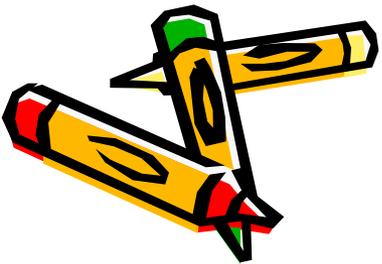
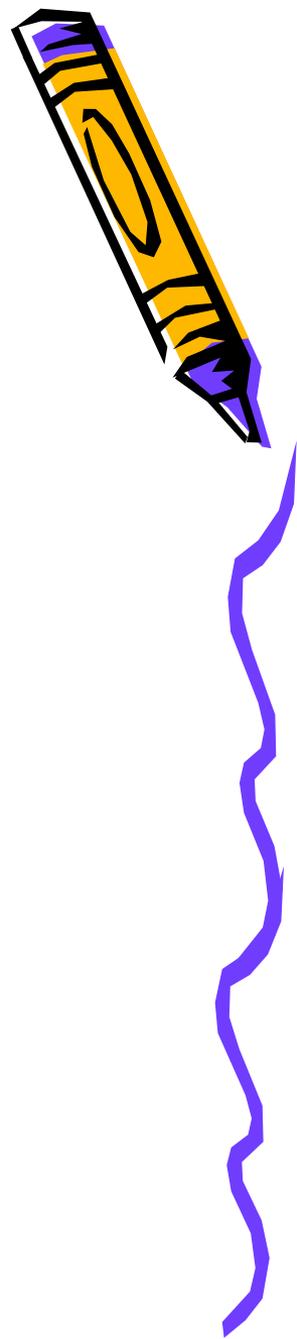


- 患者身份识别制度
- 执行医嘱制度
- 跌倒坠床防范制度
- 压疮管理制度
- 分级护理制度
- 患者转接制度
- 护理查对制度
- 管道安全护理制度
- 护理交接班制度
- 抢救工作制度
- 护理不良事件与安全隐患报告和处理制度
- 护理安全管理制度



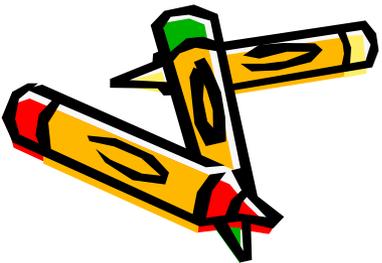
本次讲课目的

- 1.等级医院评审需要
- 2.实际工作需要

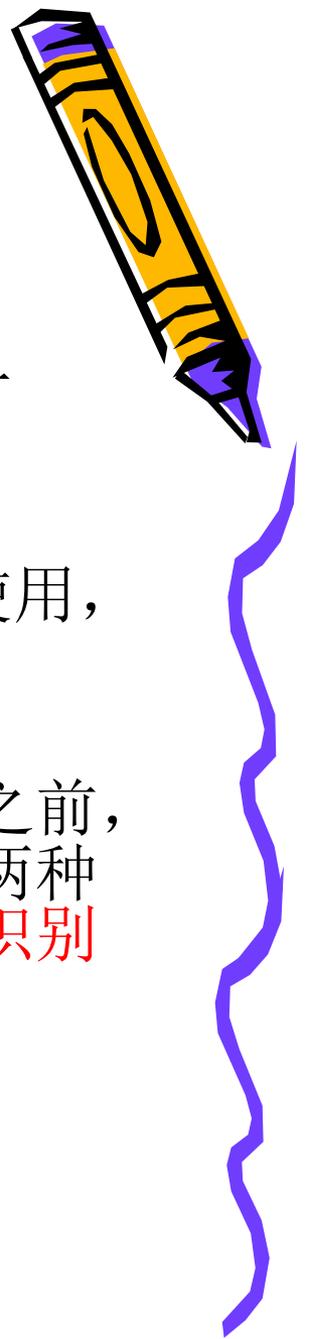


总目标：使学员知晓医院的各种护理管理制度并运用于实际工作中

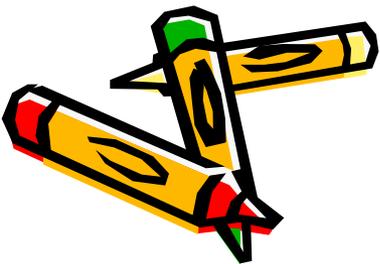
- 子目标**1**：学员能说出本次讲课的制度名称
- 2.能说出执行医嘱制度的内容
- 3.能说出我院唯一标识的信息是什么
- 4.能说出护理不良事件与安全隐患报告和处理制度
- 5.说出跌倒坠床处理流程
- 6.说出压疮上报处理流程
- 7.说出导管滑脱处理流程
- 8.说出一级护理的护理要点



患者身份识别制度

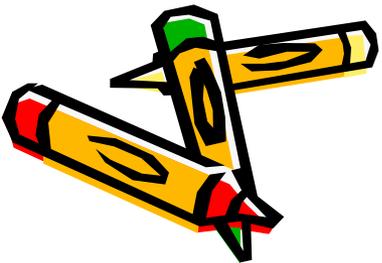


- (1)使用“腕带”作为识别患者身份的标识，我院唯一标识的信息是患者的**住院号和姓名**。
- (2)“腕带”填入的识别信息必需经二人核对后方可使用，若损坏需更新时同样需要经二人核对。
- (3)护理人员在执行医嘱、实施检查、治疗、护理之前，必须认真核对和识别患者身份，应至少同时使用两种患者身份识别方法，**禁止仅以房间号或床号作为识别的依据**。

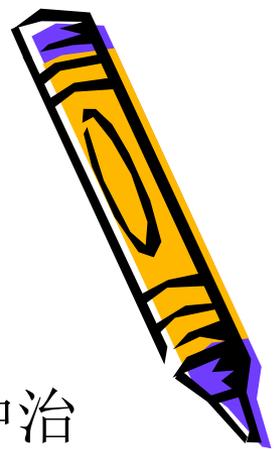




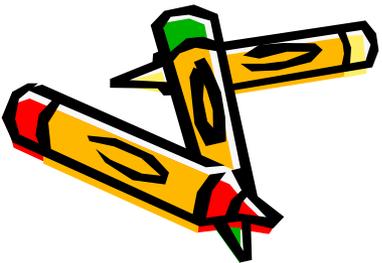
- (4)为患者实施任何护理操作前，实施者应请患者自己说出自己的姓名，不得直接称呼患者姓名而获得患者的应答。如无法回答需家属代为回答确认，同时核对床头卡。
- (5)在重危患者转运及转科、全麻四类手术病人转运时使用重危患者转运交接单，认真识别患者身份；手术患者同时使用手术交接单，并按要求核对记录。

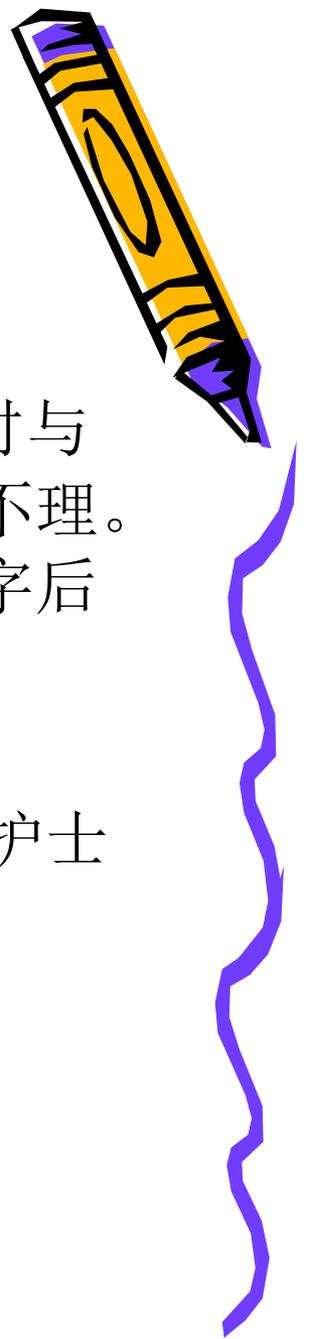


执行医嘱制度

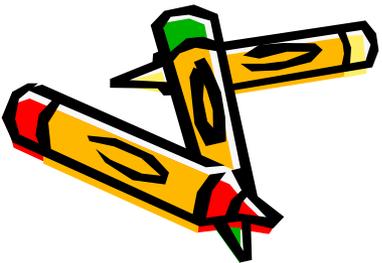


- 1.护士确认医嘱的合法性，遵医嘱为患者实施各种治疗和护理。
- 2.护士必须认真阅读医嘱内容，并确认患者姓名、床号、药名、剂量、次数、用法和时间，无误后在护士执行栏内签名，填写执行时间，并填写各种执行卡。
- 3.执行者应根据执行单内容严格执行“三查七对”。执行医嘱的原则为先临时后长期，先急后缓。



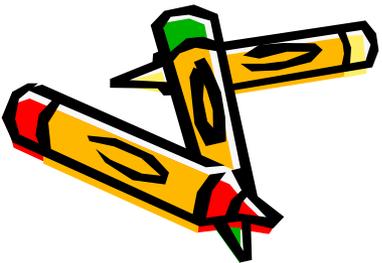


- 4.对有疑问或认为内容有错误的医嘱，护士应及时与经管医生沟通确认无误后方可执行，不允许搁置不理。缺少医生签字的医嘱为无效医嘱，请负责医生签字后执行。
- 5. 输血、皮试等医嘱需双人核对并由两名护士在护士执行栏内签字执行。



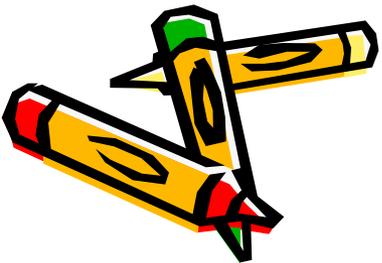


- 6. 除抢救或手术中，其他时间一律不执行口头医嘱。医生下达的口头医嘱，护士应复述一遍，双人核对无误后执行，并保留空药瓶以备查对。待抢救工作完毕后督促医师6小时内补开医嘱。
- 7. 转抄、重整医嘱需经另一人查对，确认无误方可执行。
- 8. 手术后要停止术前医嘱，重开医嘱，并转抄于各种执行单上。

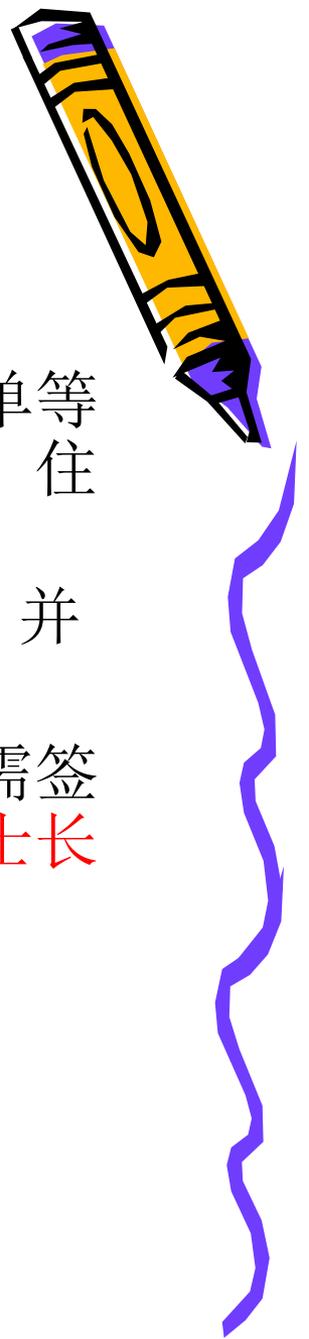




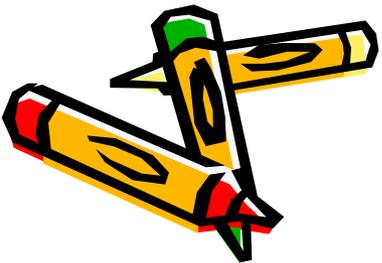
- 9.凡需下一班执行的医嘱，要交代清楚，并写好交班报告。接班者应严格执行。
- 10.医师无医嘱时，护士一般不得给患者作对症处理，但遇抢救危重患者的紧急情况下，如医师不在，护士可针对患者病情临时给予必要处理，但应做好记录，及时向经治医生报告，并督促补开医嘱。



查对制度



- 一、医嘱查对制度
- 开具医嘱、处方或者各种申请单、治疗单、手术单等医疗文件，应查对病员姓名、性别、年龄、床号、住院号（门诊号）以及相关信息资料，加以核实。
- (一)处理医嘱时，应查对医嘱是否符合书写规范，并在确认无误后方可执行。
- (二)各班应查对医嘱。输入电脑或处理医嘱者需签全名及执行时间，每日必须总查对医嘱一次，**护士长**每周参与总查对一次，并有记录。
- (三)对有疑问的医嘱，应查清后执行。





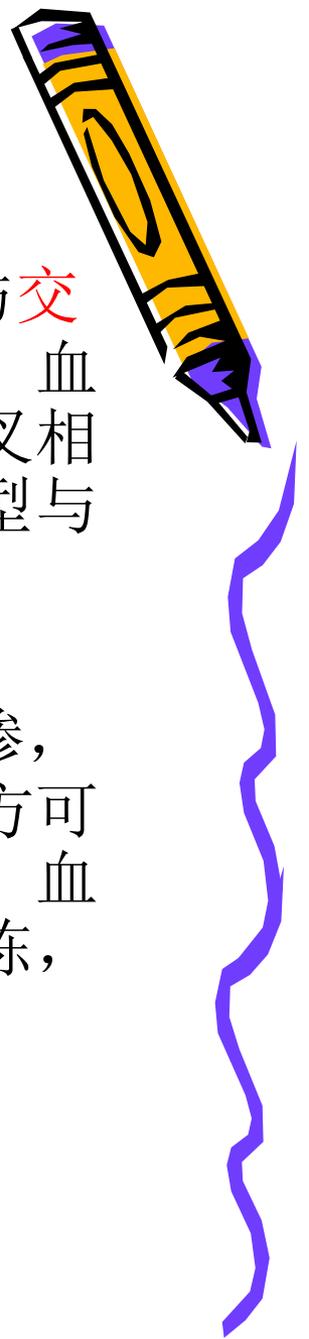
- 二、服药、注射、输液查对制度
- （一）服药、注射、输液须严格执行三查七对。三查指备药前查、备药中查、备药后查；七对指对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间和用法。
- （二）备药前要检查药品质量，注意有无变质，针剂有无裂痕、失效。如不符合要求或标签不清者，不得使用。（许多护士忽略）
- （三）备药后必须经第二人核对后方可执行。配药时应注意配伍禁忌。
- （四）凡需做过敏试验的药物，在试验前，应详细询问过敏史。试验结果应由执行者和复查者双签名。阴性者方可使用。
- （五）发药和注射时，病人如提出疑问，应及时查清，核对无误后执行。（不要太相信自己）



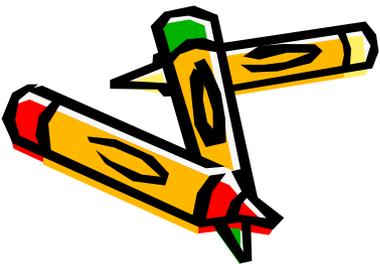


- 三、输血查对制度
- (一) 抽血交叉配血查对制度
- 1.认真核对交叉配血单，病人床号、姓名、性别、年龄、病区号、住院号及原始血型（与病历医嘱核对）
- 2.抽血（交叉）时要有两名护士（一名护士值班时，应由值班医师协助），一人抽血，一人核对（化验单与病人核对），核对无误后执行。（一起去床旁，可能做不到）
- 3.抽血（交叉）后须在试管上贴条形码，写上病区（号）、床号、病人的姓名，字迹必须清晰无误，便于进行核对工作。
- 4.血液标本按要求抽足血量，不能从正在补液肢体的静脉中抽取。
- 5.抽血时对化验单与病人身份有疑问时，应与主管医生、责任护士重新核对，不能在错误化验单和错误标签上直接修改，应重新填写正确化验单及标签。



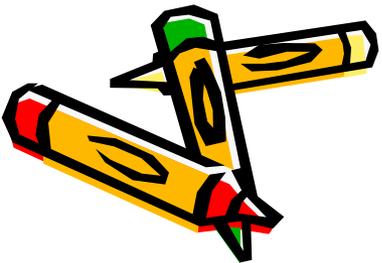


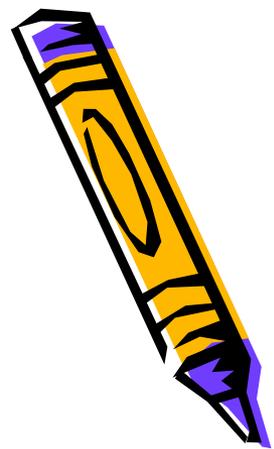
- (二) 输血查对制度
- 1. 输血前病人查对：须有**两名医护人员**核对**病历与交叉配血报告单**上病人床号、姓名、住院号、血型、血量、核对供血者的姓名、编号、血型与病人的交叉相容试验结果，核对血袋上标签的姓名、编号、血型与配血报告单上是否相符，相符的进行下一步检查。
- 2. 输血前用物查对：检查采血日期，血袋有无外渗，血液外观质量，确认无溶血、凝血块，无变质后方可使用。检查所用的输血器及针头是否在有效期内。血液自血库取出后勿震荡，勿加温，勿放入冰箱速冻，在室温放置时间不宜过长。



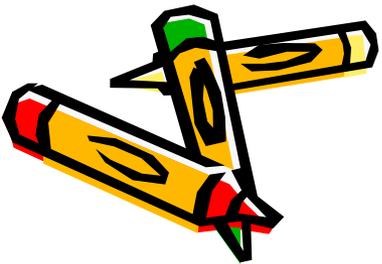


- 3.输血时，由**两名**医护人员（**携带病历及交叉配血单**）共同到病人床旁核对床号、询问病人姓名，查看床头卡，询问血型，以确认受血者。
- 4.输血前、后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输尽后，用静脉滴注生理盐水冲洗输血器，再继续输注另外血袋。输血期间，密切巡视病人有无输血反应。





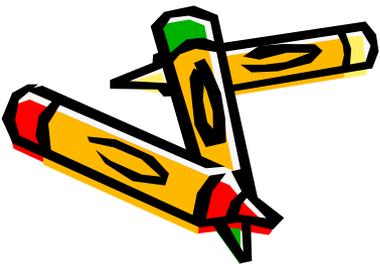
- 5.完成输血操作后，再次进行核对医嘱，病人床号、姓名、血型、配血报告单、血袋标签的血型、献血编号、献血者姓名、产品号、采血日期，确认无误后签名。将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中。



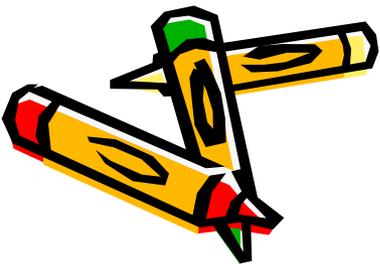
护理不良事件与安全隐患者 报告和处理制度



- 1. 报告护理不良事件及安全隐患者原则。
- (1)属于护理差错、护理事故或引起护理纠纷的不良事件必须上报，遵循主动、及时上报的原则。
- (2)属于各种可能引发护理纠纷的不良事件、护理缺点和安全隐患者鼓励上报，遵循保密、非惩罚原则。

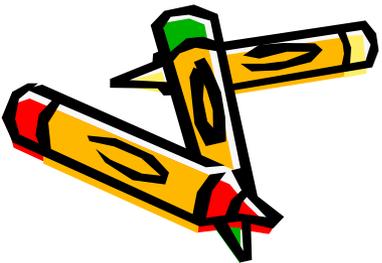


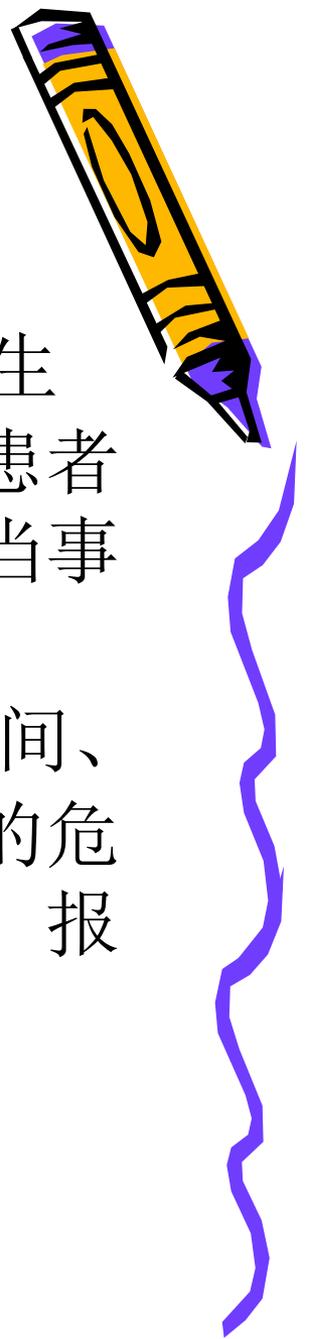
- 2. 报告范围:
- (1)不良事件：凡是患者在住院期间发生给药错误、压疮、烫伤、跌倒、坠床、药物外渗、管道滑脱、走失等与患者安全相关的非正常的护理意外事件。
- (2)安全隐患：凡是威胁患者安全的潜在危险因素。



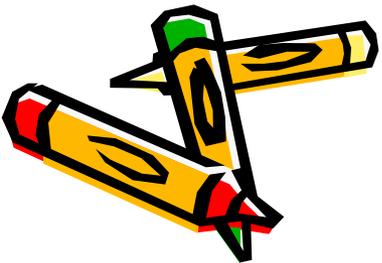


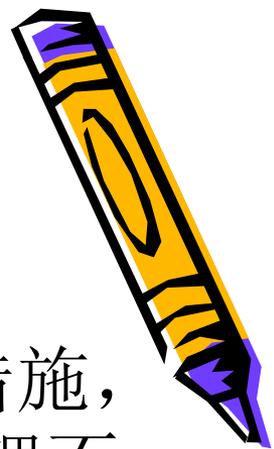
- 3. 报告形式：书面报告、电子邮件，紧急情况下电话报告。
- 4. 报告时间和程序：对于情况紧急、造成伤害的不良事件当事人必须立即报告护士长同时电话报告护理部，并于**24**小时内填写《护理不良事件报告表》递交护理部；若事件情节严重护理部立即上报分管院领导；未对患者造成伤害的不良事件，护士长填写《护理不良事件报告表》，每月护士长例会时上交护理部；发现安全隐患时，应及时填写《风险管理登记表》直接报告护理部。



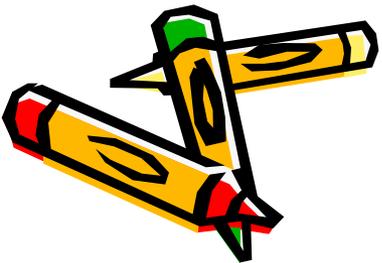


- 5. 报告内容：
 - (1)不良事件报告内容：患者一般资料、发生时间、地点、事件类别、事件的经过、对患者造成的伤害程度、处理措施和改进措施，当事人和报告者相关信息。
 - (2)安全隐患报告内容：发现安全隐患的时间、地点、类别、安全隐患的经过、可能造成的危害、采取或拟采取的预防措施及改进建议，报告者相关信息。



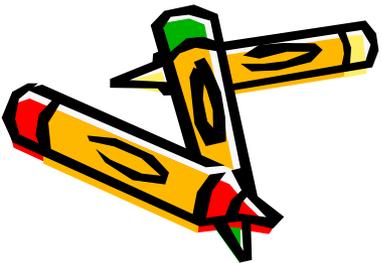


- 6. 发生护理不良事件后应积极采取补救措施，以减少或消除对患者造成不良后果。与护理不良事件有关的各种文书资料、药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，并保留患者的标本，以备鉴定。
- 7. 科室护士长及时对事件进行调查，组织科室人员进行讨论、分析原因，提高认识，提出防范措施，并在**1**周内将讨论结果详细填写在报告中上报护理部。

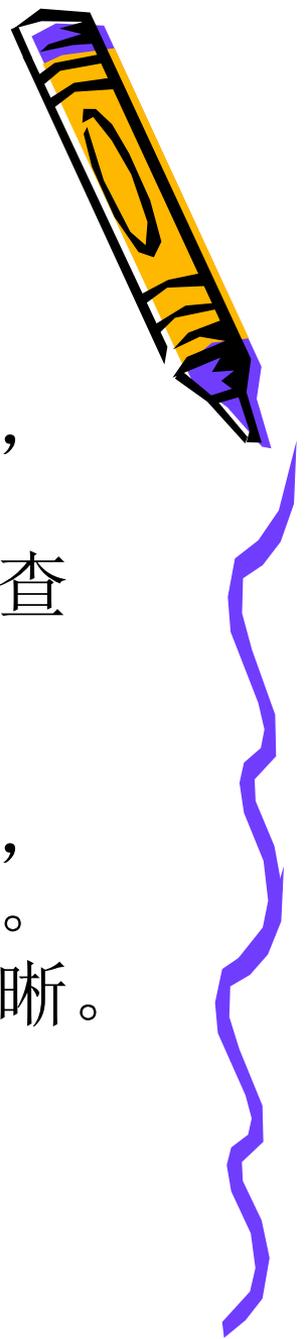




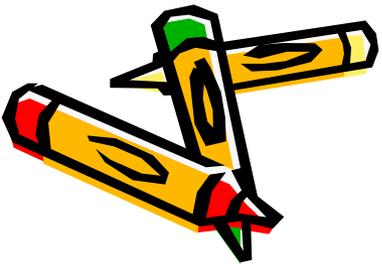
- 8. 护理部定期组织对上报的不良事件及安全
隐患进行讨论分析，查找原因，提出改进措施。
- 9.根据护理不良事件的性质、情节、本人态度
和有关规定，对当事人做出适当处理。
- 10.发生护理不良事件的科室及个人，如不按
规定报告或故意隐瞒，按情节轻重给予处分。



护理安全管理制度



- 一、严格执行各项规章制度及操作规程，确保治疗、护理工作的正常进行。
- 二、严格执行查对制度，坚持医嘱班班查对，每天总查对，护士长每周总查对一次并登记、签名。
- 三、毒、麻、限、剧药品做到安全使用，班班交班、专人管理、专柜保管并加锁。
- 四、内服、外用药品分开放置、瓶签清晰。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/788015015035006103>